with Dr. Rasch's compliments

Mr Doran 10

Ein Fall von schwerer Osteomalacie bei einer Schwangeren. Schnelle Besserung nach Castration.

Von

Adolph Rasch.

(*Separatabdruck aus Zeitschrift für „Geburtshülfe und Gynäkologie". Band XXV. Heft 2.*)

Ein Fall von schwerer Osteomalacie bei einer Schwangeren. Schnelle Besserung nach Castration.

Von

Adolph Rasch.

Gertrude N—n, 41 Jahre alt, wurde nach 14tägigem Aufenthalte im Deutschen Hospitale zu London meiner gynäkologischen Abtheilung übertragen am 27. Februar 1892.

Die Frau ist in Kärlich bei Coblenz geboren, wo sie bis zu ihrem 20. Jahre lebte. Darauf lebte sie in Coblenz selbst bis 1884. Darauf 6monatlicher Aufenthalt in Antwerpen. Seitdem hat sie ohne Unterbrechung im Ostende von London gelebt. Die Leute haben nie eigentliche Noth gelitten, aber sich wohl immer kümmerlich mit der geringen Einnahme behelfen müssen, welche der Mann, ein Arbeiter in einer Bleiweissfabrik, erzielen konnte. Die bescheidene, fleissige Frau beklagt sich aber durchaus nicht über ihre Verhältnisse, sondern scheint trotz der vielen Arbeit zufrieden gewesen zu sein.

Im Jahre 1881 verheirathete sich die Frau, hatte 1882 den ersten Knaben, der noch lebt und gesund ist, ohne Schwierigkeit. Der zweite Knabe wurde ebenso im April 1885 geboren, war in hohem Grade rhachitisch und starb 4 Jahre 8 Monate alt an Asthma. Der dritte Knabe, im November 1889 ohne Hinderniss geboren, starb 8 Monate alt an Krämpfen.

Letzte Menstruation am 9. October 1891.

Ueber ihre Krankheit berichtet sie selbst wie folgt: „Seit ich mein letztes Kind gebar, war mein Leib ganz anders geformt als früher, ich hatte aber keine Schmerzen und deshalb achtete ich es nicht. Ich war aber sehr schwach. Vielleicht 5 oder 6 Monate

später bekam ich Schmerzen im Rücken, mehr nach der rechten Seite zu. Es dauerte auch nicht lange, so bekam ich Schmerzen in den Beinen, oben in den Knochen, jedoch mehr im rechten als im linken Beine. Ich konnte von der Zeit an nicht mehr so gut gehen wie früher. Besonders fühlte ich viel Schmerzen im Rücken. Das Gehen wurde mir immer schwerer, auch konnte ich mich nicht mehr gut bücken. So ging es immer schlechter. Etwa Anfangs 1891 konnte ich die Beine nicht mehr heben. Ich ging daher noch eine kurze Zeit mit einem Stocke, aber auch damit konnte ich mir nicht lange helfen, so musste ich mich denn von einer Stelle zur anderen mit den Füssen rutschen, hatte aber dabei sehr viele Schmerzen. Es war noch im Sommer, da bekam ich von Zeit zu Zeit solche Shmerzen in das rechte Bein, dass ich, wenn ich stand, mich an etwas mit all meiner Kraft festhalten musste, um nicht vor Schmerzen zusammen zu brechen. Diese Schmerzen kann ich Niemand beschreiben. Das hielt gewöhnlich 8 Tage an, dann war es vielleicht 14 Tage etwas besser. Dann war wieder dasselbe. So ging es, bis ich wieder schwanger wurde. Dann ging es von Tag zu Tag schlechter. Die Schmerzen nahmen immer mehr zu, so dass ich zuletzt weder stehen noch sitzen konnte. Ich war vielleicht 2 Monate schwanger, als ich eines Abends solche Schmerzen in beide Beine bekam, dass ich mir auf keine Art mehr helfen konnte. Seitdem habe ich das Bett nicht wieder verlassen können."

Untersuchung am 1. März. Die kleine dunkelhaarige Frau liegt in völliger Hülflosigkeit auf dem Rücken und jeder Versuch, sie zu bewegen, erregt die furchtbarsten Schmerzen. Sogleich fällt der eigenthümlich hervorgetriebene Bauch auf: die Mitte, d. h. der handbreite Theil des Bauches vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse ist stark hervorgetrieben und der übrige Theil der Bauchwand sinkt schnell schräg nach hinten und aussen. Man denkt unwillkürlich an eine durch Spaltung der Mittellinie erzeugte lange Ventralhernie. Die genaue Betastung ergiebt aber, dass eine solche nicht besteht. Der fluctuirende Uterus steht oberhalb des Beckeneingangs bis hoch über dem Nabel (Kindbewegung schon seit einigen Wochen von Patientin deutlich gefühlt).

Die Schenkel sind so fest aneinander gedrängt, dass die äussere Scham vollständig verdeckt ist. Die innere Untersuchung ist durch die grossen Schmerzen, welche der leiseste Ver-

such, die Schenkel etwas zu abduciren oder der Kranken eine etwas andere Lage zu geben, hervorruft, ausserordentlich erschwert. Soviel konnte jedoch ermittelt werden, dass die Schamäste in ihrer ganzen Länge einander so genähert waren, dass sie eine lange, nach hinten gehende Rinne bildeten, in welche der Zeigefinger mit Mühe sich einklemmen liess. Schwanzbein nach oben gekrümmt, das Promontorium weit nach vorn gedrängt. Sitzknochen einander sehr genähert. Os ut. mit der Fingerspitze eben zu ahnen. Alle Knochen des Beckens und der Oberschenkel auf Druck schmerzhaft. Die Beckenknochen erscheinen weich, als ob man sie eindrücken könnte.

Brustbein und die Rippen von der 6. abwärts auf Druck empfindlich, doch weniger als das Becken. Armknochen und Schultern nicht schmerzhaft. Ebenso die oberen Wirbel nicht. Erst in der Lumbalgegend beginnt die Schmerzhaftigkeit der Wirbel. Die auf Druck schmerzhaften Knochen sind dieselben, in denen auch die spontanen Schmerzen auftreten.

Mit Bandmaass gemessen fand sich:

Körperlänge	134 1/2	cm	
Entfernung zwischen Spina sup. .	25	„	
(später mit Tasterzirkel) . . .	22	„	
Spina bis Symph. pub.	14 1/2	„	rechts.
„ „ „ „	15	„	links.
Trochanterenentfernung	24 1/2	„	
(später mit Zirkel)	22	„	
Schwertfortsatz bis Symph. . . .	33 1/2	„	
„ bis Nabel . . .	15 1/2	„	
Acromion bis Acrom.	29 1/2	„	(mit Maass).
Aeussere Conjug. (später gem.) .	18 1/2	„	

Urin hatte nie Eiweiss oder Zucker. Temperatur war während des ganzen Aufenthaltes im Hospitale fast immer einige Zehntel unter normal, mit Ausnahme zweier Exacerbationen bis 102 bei einer intercurrenten Bronchitis.

Die Kranke bekam Morphium zur Linderung der Schmerzen und gelegentlich Aperientia.

Was war nun bei dieser zweifellosen Osteomalacie der Schwangeren zu thun?

Sollte ich warten bis zum Ende der Schwangerschaft und dann zusehen, ob die weichen Knochen durch die Gewalt des anpressenden

Kindes etwa erweitert würden, wie es einige Male geschehen sein soll, und wenn nicht, sollte ich dann Kaiserschnitt machen? Oder sollte ich sogleich zur vollen Zeit Kaiserschnitt machen? Oder sollte ich durch Einleitung des Abort die Frau vor solchen Gefahren bewahren und durch nachfolgende Castration vor einer neuen Schwangerschaft sichern?

Bei der rapiden Zunahme der grauenvollen Leiden schien es mir richtig und menschlich, die Rücksicht auf die Mutter der auf das Kind voranzustellen. Um zugleich eine Wiederschwängerung zu verhüten, dachte ich anfangs an die Porro'sche Operation, kam aber sehr bald zu dem Entschlusse, den Abort einzuleiten und die weniger gefährliche Castration später folgen zu lassen. Ich hoffte dabei, dass dadurch vielleicht auch das osteomalacische Leiden vortheilhaft beeinflusst werden möchte. Zu meiner grossen Freude wurde nach einigen Tagen mir mitgetheilt, dass Professor Fehling mit Erfolg in solchen Fällen castrirt habe und das Studium seiner Fälle erfüllte mich mit Dankbarkeit gegen ihn und mit lebhafter Hoffnung für die arme Frau. Am 10. März versuchte ich, unter Chloroform, mit der Sonde vergeblich die Eihäute zu durchbohren, und legte darauf einen elastischen Katheter ein. Diese einfache Operation war sehr mühsam, da die Fingerspitze nie sicher war, das Os zu tasten. Jedenfalls gelang es aber, Sonde und Katheter hoch in die Uterushöhle zu führen. Da keine Wehen eintraten, machte ich am 12. und 15. neue Versuche mit der Sonde. Ein stechendes Instrument mochte ich aus begreiflichen Gründen nicht in's Ungewisse hineinstossen. Trotz der ausgiebigsten Drehungen des Instrumentes in der Uterushöhle blieben die Eihäute unverletzt. Am 17. einzelne Wehen; was nun von den Muttermundslippen zu erreichen war, war erweicht. Am 18. führte ich mit vieler Mühe eine geschlossene Kugelzange ein und es gelang, die Eihäute durch Oeffnen und Schliessen derselben zu zerreissen. Am 19. Abends Geburt von Zwillingen, der Schwangerschaftsberechnung entsprechend entwickelt. 1. Fötus in Kopf-, 2. in Steisslage vom Hausarzte extrahirt. Secale. Am 20. Abgang der Nachgeburt. Ich fand sie bei der Visite vor der Scheide. Zwei Säcke, eine Placenta. Keine Blutung. — Fieberloser Verlauf bis 27. März, wo eine Bronchitis 2malige Temperatursteigerung hervorrief.

Die osteomalacischen Schmerzen bleiben unverändert, ebenso bleibt die eigenthümliche Bauchform. Am 30. April

Eröffnung der Bauchhöhle durch kleinen Schnitt in der Mittellinie. Uterus ganz über Beckeneingang. Die Entfernung der normalen Ovarien ausserordentlich leicht. Die Venen der nächsten Umgebung stark angefüllt. Schluss der Bauchwunde durch tiefe fortlaufende Catgutnaht und oberflächliche Seidennaht. Ganz glatter, fieberloser Verlauf. Am 3. Tage nehmen die Schmerzen schon ab und verschwinden nach wenigen Wochen. Am spätesten der Rückenschmerz. Anfang Juni erste Versuche aufzustehen. Geht anfangs mit Krücken, dann mit Stock und wird am 10. Juli geheilt entlassen, so weit man von Heilung sprechen kann, wo die durch die Osteomalacie verursachten Deformitäten bleiben.

Ich habe die Frau 2mal in ihrer Wohnung besucht, zuletzt am 16. November, wo ich sie am Waschtrog stehend fand. Das feuchte kalte Nebelwetter der letzten Tage hatte ihr, wie es scheint, rheumatische Schmerzen verursacht. Die Knochen sind auf Druck gar nicht empfindlich, Abduction der Schenkel nicht möglich. Da sie die Beine nicht heben kann, so ist ihr Gang mehr ein Hinschlürfen auf dem Fussboden. Sie ist aber resignirt und glücklich und zufrieden.

Sie wird der London Obstetr. Society im December von mir vorgeführt werden.

Dieser Krankengeschichte habe ich nur wenige Bemerkungen hinzuzufügen.

Die eigenthümliche Bauchform, welche der Frau auch geblieben ist, finde ich in den deutschen und englischen Handbüchern, welche meine beschränkte Zeit mir erlaubte, nachzusehen, nicht erwähnt. Ist sie nicht bedingt dadurch, dass die Recti durch ihren Ansatz an die nach hinten gerichteten Schambeine anstatt von vorn nach hinten mehr von aussen und vorn nach innen und hinten wirken und so den Bauchinhalt nach vorn drängen? Um so mehr als in kleinen Becken der normale Raum ausserordentlich vermindert ist? Ich sollte meinen, es müsste sich daher diese Bauchform bei allen hochgradig osteomalacischen Becken finden.

Weiterhin ist es bemerkenswerth, dass eine so schwere Erkrankung ohne jede Temperatursteigerung verlief. Sie war meist etwas unter 37° C.

Die Kranke lebte zwar lange Zeit im Rheinthale, erkrankte aber erst nach 6jährigem Aufenthalte in London, wo die Osteomalacie so gut wie nicht vorkommt.

Die von der Kranken, ohne jede führende Frage meinerseits, niedergeschriebenen Exacerbationen der Schmerzen scheinen Fehling's Theorie nicht unerheblich zu stützen, wenn der Erfolg der Castrationen nicht noch beredter dafür spräche. Die Intermissionen im gegenwärtigen Falle scheinen mit der intermenstrualen Zeit, die Exacerbationen mit der Menstruationsperiode zusammenzufallen.